

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

1178

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Armand - Nathan - Moïse PODOLSKI

Né le 11 Septembre 1913, à Rouen

**Trois Années d'Hystérotomies
à la Maternité de Rouen**

Président : M. LÉVY-SOLAL, Professeur

ROUEN

IMPRIMERIE COMMERCIALE DU JOURNAL DE ROUEN

6, rue de l'Hôpital, 6

1939

8011

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Armand - Nathan - Moïse PODOLSKI

Né le 11 Septembre 1913, à Rouen

Trois Années d'Hystérotomies à la Maternité de Rouen

Président : M. LÉVY-SOLAL, Professeur

ROUEN

IMPRIMERIE COMMERCIALE DU JOURNAL DE ROUEN
6, rue de l'Hôpital, 6

1939

LE DOYEN..... TIFFENEAU

I. -- PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIÈRE.
Physique médicale.....	Léon BINET.
Chimie médicale.....	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	Robert DEBRÉ.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BRUMPT.
Pathologie médicale.....	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	ABRAMI.
Anatomie pathologique.....	MONDOR.
Histologie	LEROUX.
Pharmacologie et matière médicale.....	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive.....	HARVIER.
Médecine légale.....	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LAIGNEL - LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	FISSINGER.
Clinique médicale.....	CHIRAY.
	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale..	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique.....	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose.....	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Clinique de cardiologie.....	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie.....	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale.....	N..
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.



II. -- AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	LANTUÉJOUL ..	Obstétrique.
BARIÉTY	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy).	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri).	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BERNARD Etienne.	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BESANÇON Justin.	Hydrologie.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
BOULIN	Pathologie médicale.	LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
BULLIARD	Histologie.	M ^{lle} J. LÉVY....	Pharmacologie.
CATHALA	Pathologie médicale.	LÉVY-VALENSI .	Neurologie et Psychiatrie.
CHEVALLIER ...	Pathologie médicale.	MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.	MOREAU	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.	MOULONGUET .	Pathologie chirurgicale.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
GALLIARD	Parasitologie.	PETIT-DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale
GASTINEL	Bactériologie.	PIÉDELIEVRE ..	Médecine légale.
DE GAUDART D'ALLAINES...	Pathologie chirurgicale.	PORTES	Obstétrique.
GAYET	Physiologie.	RENARD	Ophthalmologie.
DE GENNES....	Pathologie médicale.	RICHET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.	SÈNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	TURPIN	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.	VIGNES	Obstétrique.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
JOANNON	Hygiène.		
LACOMME	Obstétrique.		

III. -- AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGRAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	SCHWARTZ	Pathologie chirurgicale.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.	VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. -- AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR . VAL-			
LERY-RADOT .			
SÉZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	

V. -- CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Témoignage de ma tendre affection.

A MA SŒUR

A MA FAMILLE

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉVY-SOLAL

Professeur de Clinique Obstétricale

Avec l'expression de notre gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAURET

Professeur de Clinique Obstétricale à l'Ecole de
Médecine de Rouen, Accoucheur des Hôpitaux

*Dont nous avons l'honneur d'être
l'Interne.*

Il nous a inspiré ce travail.

*Les conseils précieux qu'il nous
prodigue journellement resteront
pour nous inoubliables.*

*Qu'il veuille bien accepter ici
l'expression de notre vive recon-
naissance.*

A MONSIEUR LE DIRECTEUR
ET A MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE L'ECOLE DE MEDECINE DE ROUEN
A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE ROUEN

Stage

1935. MONSIEUR LE DOCTEUR TAMBAREAU
Chirurgien des Hôpitaux

In memoriam.

Disparu trop tôt, il fut notre premier maître et nous apprit à aimer notre art.

Externat

1936. MONSIEUR LE PROFESSEUR DÉVÉ
Professeur de Clinique Médicale et Médecin des Hôpitaux
Associé National de l'Académie de Médecine

Son remarquable enseignement restera pour nous inoubliable.

Nous lui devons une part essentielle de nos connaissances.

1937. MONSIEUR LE DOCTEUR A. DEROCQUE
Chirurgien des Hôpitaux

Témoignage de la respectueuse reconnaissance que nous lui portons pour la bienveillante attention qu'il nous a toujours témoignée, et pour ce qu'il nous a appris tant dans ses conférences d'internat que dans le service hospitalier.

Internat

1938. MONSIEUR LE DOCTEUR NÉE

Directeur de l'Ecole de Médecine
Médecin des Hôpitaux

*En témoignage de profonde et
sincère reconnaissance pour la
bienveillance qu'il n'a cessé de
nous montrer.*

1939. MONSIEUR LE DOCTEUR PIERSON

Médecin des Hôpitaux

*Nous avons appris dans son ser-
vice l'art délicat de la médecine in-
fantile.*

*Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de notre vive grati-
tude.*

MONSIEUR LE DOCTEUR LAURET

Professeur de Clinique Obstétricale
Accoucheur des Hôpitaux

A NOS MAITRES DE CONFERENCES

MONSIEUR LE DOCTEUR A. DEROCQUE

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR BERTRAND

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR DORDAIN

Chef de Clinique Médicale

*Leur enseignement nous fut
extrêmement précieux.*

*Hommage de notre reconnais-
sance.*

A NOS MAITRES INTERIMAIRES DANS LES HOPITAUX DE ROUEN

MESSIEURS LES DOCTEURS

CERNÉ, DESSAINT, HÉCART, THOREL

Chirurgiens des Hôpitaux

MESSIEURS LES DOCTEURS BERTRAND,
FLEURY, VAUDOUR, DELAPORTE, STEWART

Médecins des Hôpitaux

A MESSIEURS LES DOCTEURS

LESSERTISSEUR, DECOULARÉ-DELAFONTAINE, FREY

Electro-radiologistes des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR JOUSSEAUME

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR LACROIX

Ophtalmologiste des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR DIJON

Chef de Clinique Obstétricale

*Qui nous a apporté son précieux
concours.*

*Qu'il reçoive ici nos remercie-
ments.*

INTRODUCTION

Nous nous proposons, dans cette thèse, de relever les différents cas d'hystérotomies faites dans le service de la Maternité au cours des trois dernières années.

Les différentes causes de ces interventions, les différents résultats, bons ou mauvais, qui ont été obtenus, ont eu presque toujours un point de départ extrinsèque dont nous avons souvent eu à déplorer les suites; ce sont ces diverses conditions d'intervention que nous allons analyser.

En effet, dans la Maternité de Rouen, les hystérotomies effectuées, proviennent dans des proportions sensiblement équivalentes : de l'extérieur, à opérer d'urgence, ou bien, du service où ces cas ont été surveillés étroitement.

La première catégorie, la plus défavorable en général, au point de vue pronostic, provient en majeure partie de la campagne ou de la banlieue : deux milieux où, quoi que fasse le médecin pour essayer de réaliser les conditions idéales de l'accouchement, l'hygiène et la surveillance de la fin de la grossesse et du début du travail laissent fort à désirer. Il faut y ajouter la peur de l'hôpital, qui souvent retarde de plusieurs heures l'intervention.

Il faut opposer à ces cas où l'intervention se présente souvent sous un jour défavorable, les hystérotomies pratiquées sur les femmes qui connaissent l'hôpital. Elles sont venues aux consultations pendant leur gestation, elles sont entrées quelques jours avant le terme dans le service. Dès la première douleur, ou au moment de la rupture de la poche des eaux, elles sont surveillées, traitées; l'épreuve du travail se fait selon les règles, et, s'il le faut, l'intervention

suit dans les meilleures conditions, bien que l'on ait laissé à la femme tous moyens d'accoucher normalement.

Nous rapporterons dans cette étude, indistinctement les deux catégories d'intervention (dussent les statistiques s'en ressentir).

Nous verrons surtout les causes de ces hystérotomies, causes qui influent sur le pronostic de l'intervention.

Nous passerons donc en revue les principales causes des hystérotomies que les accoucheurs ont été amenés à faire dans le service au cours de ces trois années.

Nous indiquerons en même temps la proportion de ces causes par rapport au total des hystérotomies et au nombre total des accouchements dans le même laps de temps. A cet égard, insistons sur la disproportion entre les interventions et les accouchements normaux : un très grand nombre d'accouchements n'est pratiqué à l'hospice que parce qu'ils présentent un caractère dystocique.

En effet, depuis le 1^{er} août 1936 au 15 septembre 1939, il y a eu 118 hystérotomies pour indications diverses.

2.290 accouchements normaux.

157 forceps.

8 présentations de l'épaule.

17 basiotripsies.

Proportion de césariennes très forte.

Nous allons donc examiner ces hystérotomies, en faire les statistiques, et pour cela voici le plan que nous allons adopter :

I. — Césariennes pour bassins rétrécis.

a) 1° Césariennes itératives.

2° Césariennes sans épreuve de travail.

b) Après épreuve de travail dans le service.

c) Cas impurs : 1° Simples.

2° Suivis d'hystérectomie.

II. — *Césariennes pour intoxications : Eclampsies. Hématomes rétro-placentaires.*

III. — *Césariennes pour placenta praevia.*

IV. — *Césariennes pour présentations dystociques.*

Epaule et bassin.

Epaule et praevia.

V. — *Césariennes pour obstacles praevia.*

VI. — *Césariennes pour causes diverses.*

Cardiaques.

Broncho-pneumoniques, etc...

VII. — *Hystérotomies suivies de stérilisation comme procédé abortif.*

VIII. — *Statistiques générales.*

CHAPITRE PREMIER

Césariennes pour Bassins viciés

Nous diviserons les césariennes pour bassins viciés en trois catégories :

1° Les césariennes itératives qui sont presque toujours des femmes suivies dans le service;

2° Les césariennes sans épreuves de travail dans lesquelles l'épreuve du travail est inutile. La viciation étant telle que l'accouchement est impossible;

3° Les femmes soumises à l'épreuve du travail et qui ont subi l'intervention par voie haute.

A

1° Césariennes itératives.

Nous possédons vingt-deux observations sur lesquelles on relève trois décès.

Les hystérotomies ont été hautes ou basses suivant les premières interventions. On trouve quinze cas opérés sans histoire, la poche des eaux n'a pas été rompue, les suites, dans tous les cas, ont été normales.

Dans le groupe des césariennes itératives, avec membranes rompues : trois femmes ont eu un drainage; deux, une mèche; une, un drain; les suites ont été normales, sans température.

L'une d'entre elles a eu d'abord des suites opératoires normales, puis la température s'élève et la femme est transférée quelques jours plus tard pour mélitococcie. Il est à noter qu'au point de vue local, les suites étaient bonnes.

Parmi les trois suites opératoires mortelles qui restent, on constate :

Un décès, trois jours après l'intervention pour broncho-pneumonie.

Un décès, trente-six heures après l'intervention.

A l'autopsie, on trouve un infractus du myocarde.

Dans le troisième cas : occlusion intestinale aiguë :

— Poche des eaux rompue, aspect inquiétant de la malade.

— Césarienne corporéale. Enfant mort-née.

— Réintervention dix jours plus tard pour syndrome d'occlusion : pus dans la cavité péritoniale — utérus mou, grisâtre — hystérotomie. Mort deux jours plus tard.

2° Césariennes sans épreuve de travail.

Au nombre de vingt-deux, on ne relève aucun décès.

Ce sont des femmes présentant des bassins fortement viciés, femmes qui ont été suivies dans le service pendant leur grossesse et dès les premières douleurs.

On trouve :

Au début du travail : cinq cas avant rupture de la poche des eaux, suites normales.

Quatorze cas ont été opérés avant tout début de travail : les suites de couches ont été normales.

Un cas a été méché pour hémorragie en nappe peu importante au niveau de la plaie utérine.

Une autre a été transférée pour scarlatine.

Une avec rupture de la poche des eaux depuis 6 heures.

Obs. N° 1. — 2° pare de dix-neuf ans ayant une césarienne, bassin aplati, promontoire accessible, extraction d'un enfant vivant.

Obs. N° 2. — Le 17 novembre 1937 entre dans le service une femme ayant une présentation céphalique, position gauche. Dit avoir perdu les eaux; elle présente un col long, pas de dilatation. Elle rentre chez elle, malgré les conseils qui lui sont donnés de rester dans le service.

Le 24, entrée de la malade en début de travail avec une dilatation à 1 franc. On décide la césarienne : extrac-

tion d'une fille mort-née pesant 3 kg. 050. Pendant sept jours, suites normales; deux jours après phénomène d'occlusion. On décide la réintervention qui révèle un péri-toine rempli de pus, une anse dilatée, un utérus sphacélé. Mort de la malade deux jours après.

B

Bassins viciés (épreuve du travail). Cas purs

Nous avons réservé pour ce chapitre les épreuves de travail qui ont été faites entièrement dans le service, c'est-à-dire faites sur des femmes entrées avant la rupture de la poche des eaux. On a ainsi éliminé tous les risques d'infection provenant de touchers ou manœuvres septiques.

Nous pouvons constater que dans ces huit cas le temps écoulé entre la rupture de la poche des eaux et l'intervention a été de 0 heure à 12 heures.

La grande majorité (six cas), quatre à cinq heures.

Chez l'une, on est intervenu immédiatement car la rupture de la poche des eaux a montré un liquide fortement teinté, bien que les bruits du cœur soient restés toujours bons. Dans ce cas, d'ailleurs, le travail durait depuis 12 heures, avec des contractions violentes bien qu'à intervalles réguliers.

Dans un autre cas, avec un intervalle de dix heures, on a dû avoir recours à la quinine et à l'hypohyse à dose ocytotique pour donner à l'épreuve du travail toute sa valeur.

Nous allons d'ailleurs donner les observations de ces diverses hystérotomies.

OBS. N° 1. — Primipare de vingt-cinq ans. Grossesse d'environ huit mois. Présentation céphalique, position gauche, tête haute et mobile. Au toucher : col long, mou et perméable, promontoire accessible à 10,2. On rompt la poche

des eaux. Epreuve de travail de trois heures. Extraction d'un enfant vivant. Suites opératoires bonnes.

OBS. N° 2. — Césariennes dans les mêmes conditions avec promontoire à 10,2, chez une 1^{re} pare de vingt-cinq ans, épreuve de travail de une heure. Enfant née étonnée. Suites normales.

OBS. N° 3. — 1^{re} pare de vingt-sept ans, au promontoire accessible 10,4. Tête non fixée, dilatation 2 francs. Epreuve de travail de six heures, extraction d'un garçon né étonné. Suites normales.

OBS. N° 4. — Présentation céphalique très mobile, dilatation un franc. Promonto-rétropubien 10,5. Rupture artificielle de la poche des eaux, épreuve du travail de trois heures. Intervention : extraction d'une fille vivante pesant 3 kg. 400. Suites opératoires excellentes.

OBS. N° 5. — 1^{re} pare de vingt-sept ans, du service, entrant en salle de travail. Présentation céphalique haute, tête filante. Au toucher : col tendant à s'effacer. Promontoire accessible à 10,2. Dans les deux heures qui suivent, la dilatation passe à 2 francs sans faire de progrès par la suite. Rupture de la poche des eaux, épreuve du travail d'une demi-heure, on intervient. Extraction d'un garçon né étonné pesant 4 kg. 150. On laisse une mèche. Suites opératoires fébriles. Sortie de la malade en bon état vingt jours après l'intervention.

OBS. N° 6. — Malade du service, 1^{re} pare de vingt ans, entrant en salle de travail. Présentation céphalique haute et mobile, bruits du cœur bon. Au toucher, dilatation à 50 centimes. Promontoire à 10,6. On rompt la poche des eaux et on fait 2/10^e d'hypophyse. La dilatation passe à 1 franc. Epreuve du travail de 12 heures; extraction d'un enfant vivant. Suites opératoires bonnes.

OBS. N° 7. — 1^{re} pare de vingt-six ans entrant dans le service. A l'examen on trouve une tête mobile, dilatation à

2 francs. Promontoire accessible à 11 centimètres. Epreuve du travail de six heures. Extraction d'un enfant vivant. Suites normales.

OBS. N° 8. — 1^{re} pare de trente ans entrant dans le service avec une dilatation de 2 francs. Rupture artificielle de la poche des eaux; trois heures après, la dilatation est à cinq francs. La tête tend à s'engager, promontoire à 11,2. Après une épreuve de travail de dix heures, on décide l'intervention : extraction d'une fille pesant 3 kg. 400. Suites opératoires fébriles. Sortie de la malade en bon état, vingt-quatre jours après.

On voit donc que la poche des eaux rompue dans des conditions d'asepsie les plus rigoureuses possibles, une dilatation peu importante et une durée d'épreuve du travail de quelques heures (pas plus de douze heures dans les cas qui nous intéressent) n'ont donné que deux mouvements fébriles dans les suites opératoires, hyperthermie qui n'a pas eu de suites. Pas d'accidents circulatoires et aucun décès.

Durée de l'épreuve du travail	DILATATION	PROMONTOIRE	ENFANT	SUITES OPÉRATOIRES
3 heures	col perméable	10.2	vivant	normales
1 heure	col perméable	10.2	vivant	normales
6 heures	2 frcs.	10.4	vivant	normales
3 heures	1 frc.	10.5	vivant	normales
liquide teinté 0h.30	2 frcs.	10.2	vivant	fébriles
12 heures	1 frc.	10.6	vivant	normales
6 heures	2 frcs.	11.	vivant	normales
10 heures	2 frcs.	11.2	vivant	fébriles

Ainsi que le résume ce tableau, les césariennes après épreuve du travail surveillée, faites dans les conditions hospitalières, c'est-à-dire avec l'asepsie la plus rigoureuse, donnent des résultats excellents.

C

Cas impurs

1° *Simple*.

Nous nous proposons d'examiner ici les cas impurs de césariennes pour bassins viciés, c'est-à-dire des cas que nous n'avons pu surveiller pendant toute la durée du travail.

Ces femmes sont arrivées d'urgence avec une poche des eaux rompues depuis un laps de temps variable. Dans la plupart des cas, le médecin traitant nous indique l'heure de la rupture de la poche des eaux et les manœuvres tentées jusqu'à ce moment. Les malades arrivent souvent après de longs parcours en voiture dans des conditions parfois déplorables.

On ne sait, en général, rien de précis sur le début du travail. Dans certains cas, la femme arrive dans le service après avoir été d'abord entre les mains d'une sage-femme, voire d'une matrone, puis du médecin. Quoique tous deux aient observé le plus possible les conditions d'asepsie, on ignore le nombre des touchers vaginaux ou s'il y a eu des explorations intracervicales.

Dans ces conditions, on prend au point de vue opératoire, toutes les précautions, mais ces antécédents expliquent la statistique plus chargée de cette catégorie. En consultant le tableau ci-après, on verra que certaines césariennes opérées dans de bonnes conditions, même après vingt-quatre heures ou plus de rupture de la poche des

eaux, ont eu des suites opératoires bonnes, alors que dans les cas suivis d'exitus, il y a quinze à vingt heures entre la perte des eaux et l'intervention.

Un autre facteur à considérer est la dilatation.

Nous relevons dans les trois cas de décès sur vingt césariennes :

Un sans dilatation,
Un à 50 centimes,
Un à 5 francs.

La dilatation ne semble donc pas dans les cas que nous citons, jouer le rôle prépondérant au point de vue infection que certains lui ont donné.

La durée du travail ne peut être considérée dans ces cas impurs car nous manquons de précisions sur l'intensité des douleurs, leur durée et l'intervalle qui les sépare.

Il semble donc que le gros facteur dans les suites opératoires soit les manœuvres (touchers répétés, explorations), qu'a subies la malade.

Voici quelques observations :

Obs. N° 1. — 2° pare de vingt-cinq ans, entrée dans le service pour lenteur d'expulsion. Présentation céphalique, poche des eaux rompues depuis quatorze heures. Dilatation 5 francs. Promontoire accessible. Tentative d'extraction de la part du médecin. Durée du travail, vingt-six heures. On décide l'intervention. Extraction d'une fille vivante pesant 3 kg. 440. Suites normales.

Obs. N° 2. — 2° pare de vingt-deux ans, ayant une présentation haute avec tête débordante. Promontoire accessible à 10 cm. 5. La malade dit avoir perdu les eaux depuis vingt heures. Dilatation 50 centimes. Devant le mauvais état général de la malade, on décide l'intervention immédiate; extraction d'une fille de 3 kg. 460 ranimée en dix minutes.

Décès de la malade, cinq jours après l'intervention, de péritonite.

OBS. N° 3. — 1^{re} pare de vingt-quatre ans avec membranes rompues depuis une heure. Une dilatation à 2 francs. Promontoire accessible à 10,5. Intervention, suites normales.

OBS. N° 4. — Femme entrant dans le service très épuisée, ayant une présentation céphalique. Dilatation à 5 francs. Promontoire accessible. D'après les renseignements du médecin traitant la poche des eaux serait rompue depuis douze heures et demie, et la parturiente est en travail depuis deux jours. Devant l'état général de la malade et la tête ne descendant pas, on décide l'intervention. Extraction d'un enfant mort-né; décès de la malade, cinq jours après l'opération, de péritonite.

OBS. 5. — Malade entrée en salle de travail, envoyée par sa sage-femme pour inertie utérine. En travail depuis deux jours. On trouve une présentation céphalique, une tête non engagée, une dilatation à petite paume. Rupture de la poche des eaux depuis huit heures. Après avoir essayé de réactiver le travail, on intervient. Extraction d'un enfant vivant. Une mèche, un drain. Suites opératoires bonnes.

OBS. N° 6. — 1^{re} pare de vingt-cinq ans venant de ville amenée par son médecin. On est en présence d'une femme très affaiblie, au mauvais état général. On constate une présentation céphalique avec une tête haute et mobile. Dilatation à 5 francs. On apprend que la femme a perdu les eaux il y a trente-quatre heures. On décide l'intervention. Extraction d'un enfant vivant. Suites normales.

OBS. N° 7. — Malade envoyée par sa sage-femme pour lenteur d'expulsion. Tête mobile, pas de dilatation. Travail

ayant duré vingt-quatre heures. Rupture de la poche des eaux depuis vingt-quatre heures. On intervient. Extraction d'une fille vivante. Suites normales.

OBS. N° 8. — 1^{re} pare de vingt-sept ans. Malade envoyée par son médecin pour lenteur d'expulsion. Présentation céphalique, tête non engagée et débordante. Promontoire 10,6. Dilatation 2 francs. Bruits du cœur bons. La malade dit avoir perdu les eaux depuis quarante et une heures. Le Docteur LAURET décide l'intervention immédiate en raison de l'aspect très shocké de la malade dont les yeux commencent à s'excaver et le nez à se pincer. Extraction d'un garçon vivant. Suites opératoires excellentes.

OBS. N° 9. — 3^e pare de vingt-cinq ayant perdu les eaux depuis seize heures. Tête haute et mobile. Pas de dilatation, ni de contraction. On décide l'intervention. Décès, six jours après l'opération, de broncho-pneumonie.

(Voir tableau page suivante).

MEMBRANES ROMPUES DEPUIS	DILATATION	TRAVAIL	SUITES OPÉRATOIRES
16 heures	0	16 heures	décédée de broncho-pneumonie.
16 heures	2	20 heures	bonnes.
12 heures 30	5 fr.	24 heures	décédée de péritonite.
2 heures 15	2 fr.	5 heures	suites de couches fébriles.
34 heures	5 fr.	26 heures	bonnes.
4 heures	2 fr.	4 heures	bonnes.
4 heures 30	2 fr.	18 heures 30	bonnes.
20 heures	50 c.	20 heures	décédée de péritonite.
6 heures 15	2 fr.	0	bonnes.
7 heures 30	2 fr.	7 heures 30	suites de couches fébriles.
8 heures	50 c.	9 heures	bonnes.
8 heures	pas de dilata- tion mal- gré les con- tractions.	4 heures	bonnes.
24 heures	0	24 heures	bonnes.
41 heures	2 fr.	6 heures	bonnes.
9 heures	0	10 heures	bonnes.
1 heure	2 fr.	5 heures	bonnes.
8 heures	petite paume	0	bonnes.
6 heures 30	5 fr.	8 heures	bonnes.
1 heure, liquide teinté	2 fr.	15 heures	bonnes.
6 heures	5 fr.	1 heure	bonnes.

2° *Cas suivis d'hystérectomie.*

Les hystérotomies dont nous parlerons ici ont toutes été suivies d'hystérectomies.

Toutes ces femmes ont été amenées d'urgence dans le service et on peut les considérer comme des cas négligés où les signes d'infection sont nettement marqués.

Il faut considérer dans ce cas trois facteurs :

- 1° Le temps de rupture de la poche des eaux;
- 2° Les manœuvres subies avant l'intervention;
- 3° Le degré d'infection du liquide amniotique.

On peut voir d'ailleurs que dans quelques cas le temps de rupture de la poche des eaux ne dépasse pas sensiblement celui des cas purs.

Ce sont des femmes pour lesquelles on a essayé avant de les faire entrer dans le service, des manœuvres telles que forceps, tentative de version, etc., interventions faites en milieu de clientèle et dont on peut affirmer à coup sûr qu'elles ont rendu septique le milieu intra-utérin.

Nous ne dirons rien du temps de rupture de la poche des eaux. Même sans manœuvres, même sans touchers septiques, on peut considérer qu'une femme dont la poche des eaux est rompue depuis quarante-huit heures, est sûrement une femme infectée, et que le liquide amniotique contient des germes virulents rendant dangereuse toute hystérotomie conservatrice.

Les cas où l'hystérectomie ne se discute pas sont sans contredit ceux où le liquide amniotique est nettement infecté, avec altération nette de l'état général.

On ne peut, en effet, penser à conserver un utérus lorsque : en soulevant la présentation par le toucher vaginal, il s'échappe de l'utérus un liquide opalin très

fétide; on ne peut conserver l'utérus dans les cas où il y a hyperthermie ou altération de l'état général.

Il faut alors pratiquer l'hystérectomie d'urgence.

Dans les huit cas qui ont été ainsi traités, on ne relève pas de décès. On constate seulement : trois suites opératoires fébriles dont une phlébite.

Voici quelques observations :

OBS. N° 1. — 5^e pare de quarante et un ans entre dans le service avec une poche des eaux rompue depuis quarante-huit heures. On constate une présentation haute, tête mobile. Dilatation à 2 francs ne faisant plus de progrès. On nous apprend que le travail dure depuis quarante-huit heures et qu'il y a eu des touchers multiples. On décide l'intervention. Césarienne suivie d'hystérectomie subtotale — mickulicz, une mèche, greffes ovariennes. Enfant vivant de 3 kg. 500. Suites opératoires fébriles (phlébite).

OBS. N° 2. — 4^e pare de vingt-huit ans, à sa cinquième gestation, arrive de ville, envoyée par son médecin pour présentation de l'épaule. A son entrée en salle de travail, la poche des eaux est rompue depuis six heures. Le Docteur LAURET examine la malade sous anesthésie. La dilatation est à petite paume. Il transforme l'épaule en tête, par la manœuvre de Schwartz, et fixe la tête au détroit supérieur au forceps. Cinq heures après la tête n'étant pas descendue et les bruits du cœur se modifiant, le Docteur LAURET décide l'intervention (le promontoire est atteint à 10,8). Césarienne suivie d'hystérectomie subtotale. Suites opératoires excellentes.

OBS. N° 3. — 2^e pare de quarante-trois ans, entre dans le service avec une procidence du cordon, et enfant mort depuis plusieurs jours. Dilatation à 2 francs, travail de quinze heures. Rupture des membranes depuis vingt-

quatre heures, liquide amniotique teinté, hystérectomie subtotale - drain Mickulicz. Suites opératoires très bonnes.

Obs. N° 4. — 2° pare de trente-deux ans entrant en salle de travail avec poche des eaux rompue depuis vingt heures. Tête haute et filante. Dilatation à 2 francs. Trois heures après, la dilatation est à grande paume, mais ne progresse plus. On décide l'intervention : durée du travail, 48 h. 50. Césarienne suivie d'hystérectomie subtotale. Suites opératoires bonnes.

Obs. 5. — M^{me} Del..., Armandine.

Il s'agit d'une femme 1^{re} pare de vingt-huit ans entrée dans le service le 24 septembre 1939, à 11 h. 45. Elle est envoyée par son médecin pour lenteur de dilatation et poche des eaux rompues depuis trois jours.

L'examen montre une femme fatiguée. La hauteur utérine est de 34 cm. On constate une position gauche, présentation céphalique. Les bruits du cœur sont positifs. La dilatation est de 5 francs, avec un col légèrement induré. Bonnes douleurs, mais l'utérus se relâche mal entre les contractions qui sont rapprochées. On fait une injection sous-cutanée de morphine, et on met la femme dans un bain formolé.

On constate une régularisation des douleurs et un relâchement utérin.

A 15 heures la température est à 38°, le pouls à 120. Les bruits du cœur sont bons. Les douleurs sont espacées de dix minutes mais la dilatation ne progresse pas. La tête est bien fixée au détroit supérieur, tendant à s'engager.

A 21 heures la température est à 39°, le pouls à 140; les bruits du cœur sont bons. La dilatation est stationnaire malgré les contractions plus violentes.

En soulevant la présentation par le toucher vaginal on voit un liquide opalin très fétide s'écouler de l'utérus.

Sensation de crépitement gazeux au niveau du fond utérin. L'état de la malade s'altère rapidement en même temps qu'apparaît sur la paroi abdominale une ecchymose de la taille d'une pièce de 20 francs dans la région ombilicale.

On intervient immédiatement et on extrait par césarienne un enfant pesant 4 kg. 200, ranimé en 5 minutes.

L'utérus est mou, grisâtre, revenant mal sur lui-même. Hystérectomie subtotale. Un mickulicz, une mèche, un drain vaginal et un drain abdominal.

On institue un traitement consistant en trypaflavine intraveineuse et sérum antistreptococcique.

Les suites opératoires d'abord fébriles, avec atteinte profonde de l'état général, deviennent rapidement apyrétiques et la malade sort au bout d'un mois en bon état.

POCHE DES EAUX ROMPUES DEPUIS	DILATATION	TRAVAIL	SUITES OPÉRATOIRES
11 heures	petite paume	10 heures	excellentes
20 heures	grande paume	48 h. 50	excellentes
12 heures	5 f.	15 heures	bonnes
41 heures liquide teinté et fétide	2 f.	48 heures	bonnes
15 heures Liquide teinté	5 f.	17 heures	fébriles
48 heures	2 f.	48 heures	fébriles (phlébite).
24 heures liquide teinté	2 f.	15 heures	bonnes
3 jours (liquide amniotique purulent).	5 f.	6 jours	suites opératoires fébriles

CHAPITRE II

Césariennes pour Intoxications

Nous comprenons surtout dans ce chapitre les éclampsies et les hématomes rétro-placentaires. Ici, la césarienne est une opération grave et seule sa précocité permet de sauver la malade.

Il s'agit souvent de femmes chez qui l'on a méconnu une néphrite latente, séquelles de scarlatine le plus souvent, ou d'une femme néphrétique ou albuminurique ayant négligé son régime.

Seule, l'intervention précoce dans les cas de crises d'éclampsie que nous avons relevées a permis de sauver la mère trois fois et trois fois l'enfant.

Sur les quatre cas de césarienne faite pour crises d'éclampsie l'on ne note qu'un décès.

En effet, dans les éclampsies graves, l'indication opératoire est posée sur :

1° La gravité immédiate : malade dans le coma, cyanosée;

2° La fréquence des crises. On a pu noter dans un cas une dizaine de crises dans l'espace d'une heure;

3° L'hypertension;

4° La présence d'un enfant vivant et viable que l'on peut sauver;

5° L'échec de toute la thérapeutique médicale.

Citons deux observations :

OBS. N° 1. — Le 18 janvier 1938, à 21 heures, entre en salle de travail une femme envoyée pour éclampsie.

C'est une 1^{re} pare de trente ans, à terme, qui a déjà fait plusieurs crises d'éclampsies. On l'amène dans le coma à l'hôpital. On lui fait, d'urgence, une saignée de 400 cc. et une injection de chlorhydrate de morphine. La tension artérielle est de 20-7. La malade reprend connaissance.

Au point de vue grossesse : hauteur utérine 35 centimètres, présentation pelvienne, position droite, dilatation à 1 franc; poche des eaux intacte, bruits du cœur positifs.

A 23 heures, première crise.

A minuit, deuxième crise.

A 1 h. 30, troisième crise.

A 7 h. 30, quatrième crise.

A 10 heures, cinquième crise.

A 11 heures, devant l'état précaire de la malade le Docteur LAURET décide d'intervenir.

A 11 h. 15, extraction d'une fille vivante pesant 3 kg. 110. En outre, ablation de deux fibromes.

Suites opératoires excellentes, la malade n'ayant plus fait de crises par la suite.

OBS. N° 2. — 1^{re} pare de vingt-et-un ans, enceinte de sept mois et faisant des crises d'éclampsie à répétition. Etat alarmant de la malade, prostration entre les crises, facies cyanosé. Albumine 12 grammes. Tension artérielle 14-9. Intervention d'urgence. Hystérotomie permettant l'extraction d'un garçon vivant pesant 1 kg. 340.

L'intervention a révélé en outre la présence d'un hématome rétro-placentaire. Mort de la malade trois heures après l'intervention en état de mal.

D'autre part, quatre cas d'hématome rétro-placentaire ont été observés. Suites opératoires normales.

CHAPITRE III

Placenta Praevia

(Hémorragies pour insertion vicieuse du placenta)

Nous étudierons dans ce chapitre les placenta praevia avec présentation normale. On en relève huit cas. L'intervention est fonction de la dilatation, du non engagement de la tête, de la fréquence des hémorragies, du type d'insertion du placenta et de la souffrance foetale possible.

Dans tous ces cas, on a été poussé à l'opération par les hémorragies abondantes, l'absence d'engagement, l'insertion centrale du placenta.

Le tableau ci-dessous résume les cas suivant ces conditions.

	TRAVAIL	DILATATION	ENFANT	HÉMORRAGIES	STADE DE LA GROSSESSE	Suites opératoires
membranes intactes	0	0	vivant	petites	8 mois 1/2	bonnes
	0	0	vivant	grosses	9 mois	normales
	2 h. 30	2 frcs.	vivant	grosses	8 mois 1/2	normales
	0	col perméable	vivant	à répétition	9 mois	normales
	0	0	vivant	grosses	9 mois	fébriles
	0	0	vivant	à répétition	9 mois	normales
	0	0	mort-né	abondantes	9 mois	fébriles
	1 h.	50 c.	vivant	adondantes	9 mois	transfus. 400 grs décès

Il résulte de ce tableau que l'opération est d'autant plus satisfaisante, les résultats meilleurs, qu'on intervient avant tout début de travail, avant la dilatation.

Citons une observation :

Primipare âgée de 28 ans entre dans le service parce que, depuis huit jours, elle présente des hémorragies à répétition. Elle est enceinte de sept mois.

La malade, très anémiée, a de petites douleurs, une dilatation de 50 centimes, tension artérielle 7-3. La présentation est haute, les bruits du cœur sont bons.

Les hémorragies deviennent abondantes, la malade ne tarde pas à se prosterner, le pouls devient filant et presque imperceptible.

On décide l'intervention d'urgence après tentative de rupture de la poche des eaux, extraction d'un garçon vivant pesant 3 kg. 480.

La malade meurt le lendemain, malgré une nouvelle transfusion de 300 grammes. La vérification faite permet d'affirmer que la mort n'est pas due à une hémorragie interne ni à une péritonite.

CHAPITRE IV

Césariennes pour Présentations dystociques

Nous allons passer en revue dans ce chapitre les opérations césariennes pour présentations dystociques, césariennes pour présentation de l'épaule et placenta praevia, césariennes pour présentation de l'épaule et bassin vicié.

Sur les huit observations on trouve deux décès.

Voici ces observations :

OBS. N° 1. — 4^e pare de trente-cinq ans, en douleurs depuis deux jours, entre en salle de travail.

A l'examen poche des eaux intacte, dilatation complète. On trouve une épaule et procidence du cordon; le bassin est manifestement vicié. Peu après la rupture de la poche des eaux, on décide l'intervention. Extraction d'une fille vivante pesant 2 kg. 950, prématurée de huit mois. De plus, utérus didelphe et double vagin. Suites normales.

OBS. N° 2. — Quatre césariennes corporéales pour placenta praevia et présentation de l'épaule.

Il s'agit de femmes à terme, ayant une présentation transversale. Poche des eaux non rompue, pas de dilatation, hémorragies abondantes. Suites opératoires excellentes.

OBS. N° 3. — 18^e pare de quarante ans venant de ville pour présentation de l'épaule et hémorragies; poche des eaux rompue depuis quinze heures. Tentative d'extraction de la part du médecin. Température 38° 5. A l'examen, dila-

tation grande paume, on sent un bras procident et un placenta praevia marginal. La malade ayant eu auparavant une myomectomie, et devant la température élevée, on ne tente pas de version. Intervention : césarienne suivie d'hystérectomie subtotale, extraction d'un enfant mort-né. Suites fébriles. La température cède en six jours à l'injection intraveineuse de trypaflavine.

OBS. N° 4. — 2° pare de vingt-six ans entrant dans le service pour présentation de l'épaule, pas de dilatation, poche des eaux non rompue. On diagnostique une rupture utérine. Une césarienne pratiquée permet d'extraire un enfant vivant. Suites opératoires excellentes.

OBS. N° 5. — 14° pare de trente-huit ans envoyée pour présentation de l'épaule et hémorragie.

Pas de dilatation, poche des eaux non rompue, utérus contracté, ne cédant pas à la morphine, ni à un bain formolé. Température 38°.

On décide l'intervention. Extraction d'une fille ranimée en douze minute et pesant 2 kg. 770. Césarienne suivie d'hystérectomie. L'utérus étant très suspect on met un mickulicz, fermeture partielle de la paroi. Mort trois jours après de broncho-pneumonie.

OBS. N° 6. — 3° pare de trente-cinq ans à terme, entrant dans le service pour présentation de l'épaule avec procidence du bras gauche. Dilatation 5 francs. Poche des eaux rompue depuis neuf jours (le liquide cependant n'est pas teinté). Ce n'est qu'au bout de neuf jours que la malade décide d'appeler son médecin qui la fait entrer d'urgence dans le service.

Aspect précaire de la malade, très affaiblie, facies presque péritonial.

Etant donné le temps qui s'est écoulé depuis la rupture de la poche des eaux, la version est impossible, et le Doc-

teur LAURET décide d'intervenir. A ce moment la température est à 38°.

Extraction d'un garçon étonné, ranimé en dix minutes, pesant 3 kg. 360. Hystérectomie subtotale. Greffe d'un ovaire par le procédé de Douai. Un drain vaginal, mickulicz, mèche. La température tombe le lendemain. La malade semble un peu mieux, mais le troisième jour montée de la température à 40° et mort de la malade quatre jours après l'intervention de broncho-pneumonie.

Dans ce dernier cas impur, il est évident, qu'indépendamment de la broncho-pneumonie, une opération avec une poche des eaux rompue depuis une semaine et les voies génitales plus ou moins souillées ne puisse présenter que des résultats aléatoires.

CHAPITRE V

Obstacles Praevia

Nous rangeons dans ce chapitre les fibromes, les kystes praevia.

Sur un total de six interventions pour obstacle praevia, aucun incident n'est noté, suites opératoires bonnes, les malades étant suivies régulièrement, ou étant amenées à consulter pour un petit incident de grossesse.

Nous citerons quelques observations :

OBS. N° 1. -- Césarienne pour fibrome praevia, avec présentation pelvienne, suivie d'hystérectomie subtotale, le fibrome étant sphacélé : une mèche, un drain; suites opératoires bonnes.

OBS. N° 2. — Césarienne suivie d'hystérectomie pour fibrome praevia empêchant l'engagement.

A 13 heures, la malade entre dans le service, envoyée par son médecin, pour enfant mort. La femme dit ne plus sentir remuer. A l'examen : pas de bruits du cœur ou très faibles.

Au palper : fœtus très mobile, on note un hydramnios.

Au toucher, pas de présentation; on sent une masse dure et fixe, le col est difficilement accessible, dilatable à 1 franc et dévié à gauche.

La malade est très épuisée.

A 16 heures, rupture spontanée de la poche des eaux; il sort un liquide clair d'une quantité égale au moins à deux litres. Procidence du cordon qui ne bat plus.

A 17 heures, devant l'état alarmant de la malade, on décide de faire une césarienne corporéale suivie d'hystérectomie pour fibrome praevia. Extraction d'un enfant vivant pesant 2 kg. 730.

Poids du fibrome et de l'utérus après la délivrance : 2 kg. 680.

Poids du fibrome seul : 1 kg. 680.

Un drain vaginal, un mickulicz, fermeture partielle de la paroi.

Suites opératoires bonnes, après quatre jours de crochets fébriles.

Citons encore :

3° Une césarienne pour kyste de l'ovaire praevia.

4° Une césarienne pour atrésie des parties molles.

5° Césarienne corporéale pour rigidité du col par épithéliome végétant.

Toutes les trois avec suites opératoires bonnes.

Citons encore pour curiosité :

6° Une césarienne corporéale chez une femme ayant deux vagins, deux utérus, avec présentation du siège.

CHAPITRE VI

Césariennes pour Indications diverses

Nous étudierons dans ce chapitre les opérations césariennes commandées pour maladies graves, contre-indiquant tout travail chez ces malades à terme ou au voisinage du terme.

Sur les quatre cas de césariennes faites dans le service, il y a eu deux décès. Ici la proportion s'explique si l'on considère que le rôle de la césarienne n'est que palliatif, qu'elle n'est mise en jeu que pour arrêter une aggravation de la maladie par suite de la grossesse et du travail, et qu'elle n'a aucun pouvoir le plus souvent sur l'évolution de l'affection générale.

Ces quatre cas se groupent comme suit :

Broncho-pneumonie et œdème aigu.

Tuberculose pulmonaire.

Méningite tuberculeuse : décès avec enfant vivant.

Œdème aigu : décès.

Nous citerons quelques observations.

OBS. N° 1. — Malade enceinte de sept mois et demi, transférée de l'Hôtel-Dieu de Rouen avec broncho-pneumonie double. Malade très oppressée, cyanosée et polypnéique avec signes typiques d'auscultation de broncho-pneumonie bilatérale.

En présence d'une aggravation foudroyante et devant le pronostic rapidement fatal posé par les deux médecins

consultants, on décide de faire une césarienne corporéale sous anesthésie locale. On extrait une fille criant bien et pesant 1 kg. 800.

L'enfant présente le lendemain un ictère net avec hyperthermie et meurt le soir. Le prélèvement immédiat de la rate montre à l'examen direct la présence de nombreux pneumocoques à l'état pur (vérifié par culture).

Le lendemain, grosse amélioration de la malade, guérison totale en vingt-cinq jours.

OBS. N° 2. — M^{me} La... présentant une crise d'œdème aigu du poumon, avec dyspnée intense, cyanose, expectoration légèrement saumonée, tension artérielle 20-8. Température 38°.

C'est une malade à terme ne présentant pas de dilatation.

On lui fait : saignée, morphine ouabaïne.

Devant l'échec de la thérapeutique, on décide d'intervenir. Césarienne faite à la locale, par M. le Docteur LAURET, un quart d'heure après l'entrée de la malade. Extraction d'un garçon ranimé en dix minutes.

La malade continue à être dyspnéique. Elle succombe dix jours après, malgré les saignées et toni-cardiaques qui lui sont faits.

Comme nous le voyons, la mortalité élevée s'explique du fait de la gravité de la maladie et de l'intervention.

CHAPITRE VII

Hystérotomies suivies de stérilisations comme procédé abortif

L'hystérotomie considérée comme procédé abortif présente des avantages.

Le principal est la possibilité de stériliser définitivement une femme, d'interdire toute nouvelle grossesse qui s'accompagnerait d'aggravation de l'affection générale.

C'est le seul procédé qui permette par l'oblitération ou la section des trompes de donner une sécurité absolue.

De plus, l'hémorragie due à la section utérine est peu importante.

L'intervention est peu choquante, l'anesthésie locale peut être employée dans les cas graves.

On est sûr aussi après une hystérotomie de la vacuité de la cavité utérine.

Cette thérapeutique a des indications bien déterminées; cependant, les accidents généraux n'apparaissant que lorsque la grossesse est assez avancée (trois à six mois); on pourra penser qu'en définitive l'hystérotomie est moins dangereuse que l'accouchement ou l'avortement provoqué. Si l'on considère comme nous le disions plus haut, la possibilité de réaliser une stérilisation absolue, on peut penser que cette méthode est dans beaucoup de cas la meilleure des solutions.

Dans les quatre cas que nous avons relevés, on ne trouve aucun décès; les suites opératoires ont toutes été bonnes.

OBS. N° 1. — La malade de vingt-neuf ans primipare qui entre dans le service de gynécologie du Docteur LAURET, au début du mois de février 1938, est soignée par son médecin pour insuffisance aortique, depuis plusieurs mois. Elle en présente tous les signes : rhumatismes articulaires aigus à l'âge de quinze ans, puis, par la suite, apparaissent les signes typiques : dyspnée d'effort, palpitations, pouls capillaire, souffle diastolique de la base, se propageant vers la pointe xyphoïde, premier bruit claqué. La tension artérielle est de 15-6.

De plus, elle est enceinte de deux mois, et c'est en raison de son état général alarmant que l'on décide d'interrompre la grossesse : défaillance cardiaque avec galop, et gros foie, grosse poussée fébrile que n'atténuent ni les toni-cardiaques, ni le salicylate de soude. On décide l'hystérotomie et on fait une ligature des trompes.

Les suites opératoires sont sans incident, sauf un crochet fébrile au septième jour qui cède rapidement au salicylate de soude.

La malade sort au bout d'un mois en bon état.

Elle revient à la consultation au bout de six mois. On peut constater que son état s'est amélioré et qu'elle continue ses occupations autant que lui permet son état cardiopathique.

OBS. N° 2. — 3° pare de vingt-six ans enceinte d'environ un mois, atteinte de cardiopathique datant de cinq ans au moins. L'auscultation révèle une insuffisance mitrale bien compensée.

Antécédents : Tumeur blanche du poignet à six ans. Etat très précaire de la malade, très amaigrie, cachectique, épuisée par sa grossesse, ayant de gros signes pulmonaires de bacillose que vérifie la radiographie.

On décide donc d'interrompre la grossesse, ce qui a lieu par hystérotomie et ligature des trompes.

Suites opératoires bonnes, amélioration momentanée de la malade.

Obs. N° 3. — Primipare de dix-neuf ans, enceinte de six mois et présentant une tuberculose pulmonaire bilatérale excavée et péritonéale probable.

C'est une malade très amaigrie, presque cachectique ayant une expectoration abondante, des sueurs profuses. Hystérotomie, extraction d'un fœtus mort, stérilisation temporaire, par coudure des trompes.

Suites opératoires bonnes.

Malade momentanément améliorée.

Obs. N° 4. — M^{me} Gui... entre dans le service le 8 mai 1937. C'est une femme enceinte de huit mois, âgée de vingt-six ans. Elle a eu une scarlatine dans son enfance et il lui en est resté une néphrite chronique.

A l'examen, on est frappé par la présence d'un œdème énorme siégeant aux membres inférieurs, à la vulve, œdème énorme de la grosseur du poing et nécessitant des mouchetures pour éviter un sphacèle débutant, œdème lombaire, œdème des membres supérieurs, avec un léger gonflement des mains, œdème de la face qui est bouffie cachant les yeux. On note un frottement péricardique intense; il n'y a pas de lésion du fond de l'œil. Tension artérielle 27-10, albumine 28 gr., urée sanguine 2 gr. 20.

Sous l'influence du régime : lait déchloruré, les œdèmes diminuent, la tension tombe à 18-11, l'albumine à

15 gr. et l'urée sanguine à 0 gr. 50. Accouchement normal, huit jours après d'un prématuré de huit mois vivant.

Malgré l'interdiction d'une nouvelle grossesse, la femme revient le 8 janvier 1938 enceinte de trois mois.

La gravité des accidents rénaux lors de l'accouchement fait décider une intervention immédiate suivie de stérilisation : hystérotomie par le procédé habituel, injection d'hypophyse dans le muscle utérin, section et enfouissement des trompes.

Etude statistique générale des Hystérotomies

Les cent dix-huit opérations césariennes basses ou corporéales pratiquées à la Maternité de Rouen depuis trois ans, ont comporté :

Douze décès, soit environ 10 %.

Dix suites opératoires pathologiques, soit 8,6 %.

Nous en dressons le tableau ci-dessous :

	CAS	DÉCÈS	SUITES PATH.
Rétrécissements du bassin :	—	—	—
Césariennes itératives	22	3	0
Césariennes sans épreuve de travail	22	0	0
Césariennes avec épreuve de travail	8	0	2
Cas impurs	20	3	2
Cas impurs suivis d'hysté- rectomie	8	0	3
Césariennes pour intoxications			
Eclampsies	4	1	0
Hématomes rétro - placen- taires	4	0	0
Placenta praevia.....	8	1	2
Césariennes pour présentation dystocique	8	2	1
Césariennes pour obstacles praevia	6	0	0
Césariennes pour indications diverses	4	2	0
Hystérotomies suivies de sté- rilisation	4	0	0

Si l'on prend les statistiques de la Clinique BAUDE-
LOCQUE, dans la thèse de Albert COEN, *Des facteurs de gra-
vité de l'opération césarienne basse au cours du travail*, l'on
a le tableau suivant (page 127 de la thèse) :

	CAS	DÉCÈS	SUITES PATH.
Rétrécissements du bassin :			
Présentation du sommet...	354	16	85
» du siège	16	1	5
» de la face ou du front	5	3	2
Présentations de l'épaule	12	0	4
Obstacles praevia :			
Kystes de l'ovaire	6	0	0
Fibromes	2	0	0
Végétations vulvovaginales.	1	0	1
Hémorragies par insertion vi- cieuse du placenta	13	2	2
Dystocie du travail :			
Anomalie de la dilatation..	10	1	3
Volume excessif de l'enfant	6	0	2
Obésité	4	4	0
Procubitus et procidences du cordon	6	0	4
Cardiopathie décompensée ...	1	0	0

Conclusion

On voit donc d'après le tableau des 118 cas opérés dans le service que la mortalité reste à peu près la même que pour les cas étudiés par COEN d'après sa thèse.

Les cas purs nous donnent une mortalité sensiblement égale à celle de la Clinique Baudelocque.

La proportion de cas impurs par rapport au chiffre total est beaucoup plus importante que les chiffres indiqués par COEN et la cause semble être une crainte irraisonnée de l'hôpital particulièrement chez les malades venant de la campagne, ce qui explique le grand nombre de cas opérés hors des limites 5 francs - 12 heures - 12 heures.

Cependant, ces cas impurs ne comportent pas un déchet trop grand si on se reporte aux statistiques officielles. Quant aux cas opérés pour éclampsie ou hématome rétro-placentaire, il faut tenir compte de l'état général de la malade au moment de l'intervention.

De même pour les placenta praevia, où le facteur hémorragie passe au premier plan.

Cependant, dans les cas impurs qui s'écartent très largement de la règle 5 francs - 12 heures - 12 heures, une hystérectomie faite immédiatement après la césarienne nous a permis de diminuer notablement la mortalité chez ces malades avec mauvais état général ou infection caractérisée.

On peut donc dire que malgré un recrutement souvent défavorable, la statistique que nous présentons reste normale et correspond à peu près aux statistiques que COEN nous indique dans son travail se reportant à quinze années de césariennes à la Clinique Baudelocque.

Vu, le Président de Thèse :

LÉVY-SOLAL.

Vu, le Doyen :

TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer,

Le Recteur :

ROUSSY.



